

УДК: 616.36+616.411]-002.3-089

# МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Кутовой А.Б., Косульников С.О., Клишин А.А.

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия» МЗО Украины*

В статье представлены результаты микробиологических исследований 169 больных, которые лечились в клинике хирургии Днепропетровской областной клинической больницы им. И.И. Мечникова с диагнозом абсцесс печени. Основными представителями гнойной флоры при данном заболевании были: *Klebsiella pneumoniae* в 27,3 % случаев, *Escherichia coli* - в 18,1 %, *Staphylococcus aureus* - в 16,4 %, *Pseudomonas aeruginosa* - в 16,4 %. Наибольшая чувствительность к противомикробным препаратам выявлена у *K.pneumoniae* и составила до 80 %. Наименьшая - у *P.aeruginosa* с показателем 44,4 %.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** абсцесс печени, микробиологические особенности, хирургическое лечение, антибиотикотерапия, антибиотикорезистентность.

Абсцессы печени - сложная и тяжелая патология, вопросы диагностики и лечения которой до настоящего времени окончательно не решены. Данное заболевание характеризуется высоким риском развития тяжелых осложнений (перитонит, сепсис, полиорганная недостаточность и др.). Общая летальность при абсцессах печени довольно высокая и при осложненных формах может достигать 80 %. [1,2] Одной из основных составляющих лечения является антибиотикотерапия, а ее эффективность зависит от микробного спектра и особенностей патогенной флоры [3].

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ** – оценка микробного состава содержимого полостей абсцессов печени и резистентности бактерий к антибиотикам.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с 2006 по первый квартал 2017 года на базе клиники хирургии областной больницы им. И.И. Мечникова лечились 183 пациента с абсцессами печени. Мужчин было 83 (45,4 %), женщин - 100 (54,6 %). Возраст больных составил от 18 до 81 года. Для диагностики применяли УЗИ и КТ. Множественные абсцессы печени выявлены у 27 (14,8 %) больных, одиночные — у 156 (85,2 %) больных. Поражение правой доли наблюдалось у 124 (67,8 %) больных, левой доли у 32 (17,5 %) больных, абсцессы в обеих долях выявлены у 27 (14,7 %) пациентов. Абсцессы диаметром до 30мм выявлены у 19 (10,3 %) пациентов, более 30мм выявлены в 164 (89,7 %) случаях. Лечение абсцессов включало в себя как консервативную терапию, так и хирургические методы. Проводили дезинтоксикацию, эмпирическую антибиотикотерапию, обезболивание по требова-

нию. При всех видах хирургического лечения проводили посев содержимого полости абсцессов для микробиологического исследования и определение чувствительности бактерий к антибактериальным препаратам. Консервативное лечение получали 14 (7,6 %) больных. Хирургическое- 169 (92,4 %) больных. Дренажирование абсцессов печени под УЗ-контролем выполнялось у 146 (79,8 %) больных. В остальных случаях применялись лапароскопические и открытые дренирующие и резекционные методики. В качестве противомикробных препаратов использовались фторхинолоны 2 и 3 поколения в сочетании с метронидазолом, антибиотиками резерва были защищенные цефалоспорины и карбопенемы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ результатов посевов отделяемого из полости абсцессов выявил следующие данные: посев был положительным в 110 (65,1 %) случаях, в 59 (34,9 %) случаях роста не получено. Чаще всего в посевах из полости абсцесса высевались штаммы клебсиеллы пневмонии, кишечной палочки, золотистого стафилококка, синегнойной палочки, грибы рода candida. В остальных случаях обнаружены ассоциации различных бактерий. Структура распределения представлена в таб. 1.

Таблица 1

СТРУКТУРА МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА СОДЕРЖИМОГО АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Микроорганизм	Количество случаев, n=110	
	Абс.	%
Klebsiella pneumoniae	30	27,3
Escherichia coli	20	18,1
Staphylococcus aureus	18	16,4
Pseudomonas aeruginosa	18	16,4
Грибы рода Candida	4	3,7
Ассоциации бактерий	20	18,1

Чувствительность бактерий к антибиотикам определялась к таким группам как цефалоспорины 3 и 4 поколения, фторхинолоны 2 и 3 поколения, карбопенемам, аминогликозидам (таб. 2).

Таблиця 2

**ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕМЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ  
К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ (%)**

Препарат	Микроорганизм			
	K.pneumoniae	E.coli	St. aureus	P.aeruginosa
Амикацин	80,0	70,0	33,3	27,8
Меропинем	73,3	60,0	22,2	44,4
Цефотаксим	73,3	45,0	22,2	16,7
Цефепим	70,0	60,0	27,8	27,8
Цефтриаксон	66,7	40,0	22,2	5,6
Цефтазидим	60,0	45,0	16,7	33,3
Ципрофлоксацин	56,7	30,0	22,2	22,2
Доксициклин	26,7	10,0	55,6	5,6
Гентамицин	16,7	30,0	44,4	27,8
Гатифлоксацин	-	5,0	55,6	-
Тетрациклин	-	5,0	55,6	-
Ванкомицин	6,7	5,0	55,6	-
Оксциллин	-	-	44,4	-
Имипенем	13,3	35,0	22,2	27,8

При анализе данных, представленных в таблице №2, самый высокий показатель чувствительности выявлен у K.pneumoniae. Так для цефалоспоринов 3-го и 4-го поколений он составил 60 % и более и был максимальный для цефотаксима с показателем 73,3 %. Наибольшая чувствительность выявлена к аминогликозидам и составила 80% для амикацина.

E.coli показала чувствительность к цефалоспорином 4-го поколения, карбапенемам и аминогликозидам с наибольшим показателем для амикацина- 70 %.

St. Aureus показал одинаковую чувствительность к тетрациклинам, фторхинолонам 4-го поколения (гатифлоксацин), ванкомицину что по нашим данным составило 55,6 %.

Самый низкий показатель чувствительности к антибиотикам определен у P.aeruginosa и составил 44,4 % к меропенему.

В 87 случаях (79,1 %) была выявлена чувствительность к одному или нескольким антибиотикам. В 17 случаях (15,5 %) наблюдалась промежуточная резистентность к одному препарату, в 6 случаях (5,4 %) определялась мультирезистентность.

## ВЫВОДЫ

- 1) У 90 (81,8 %) больных с абсцессами печени микроорганизмы были представлены монокультурами, у 19 (18,2 %) - ассоциациями штаммов.
- 2) В микробном пейзаже абсцессов печени преобладали клебсиелла пневмонии в 27,3 % случаев, кишечная палочка- 18,1 %, золотистый стафилококк и синегнойная палочка с показателем 16,4 %.
- 3) Чувствительность микрофлоры абсцессов к антибиотикам остается высокой, однако выявлено 20,9 % резистентных форм бактерий, рациональная антибиотикотерапия которых остается проблемной.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ахаладзе, Г. Г. Абсцессы печени / Г. Г. Ахаладзе, И. Ю. Церетели // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2006. – № 1 (11). – С. 97–105.
2. Альперович, Б. И. Хирургия печени / Б. И. Альперович. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 352 с. № 3 (39), 2016 *Медицинские науки. Клиническая медицина Medical sciences. Clinical medicine* 67
3. Пархисенко Ю.А., Глухов А.А., Новомлинский В.В. Новые направления в лечении при абсцессах печени. *Вестн. хирургии им. И.И. Грекова*. 2000. № 4. С. 53-56
4. Захаров И.И. Лечение бактериальных абсцессов печени. *Вестн. хирургии им. Грекова*. 1974. Т. 112. № 5. С. 124-125.
5. Вицин Б.А., Блажитко Е.М. Лечение больных с бактериальными абсцессами печени. *Хирургия*. 1982. № 1. С. 66-68.
6. Seeto R.K., Rockey D.C. Pyogenic liver abscess changes in etiology, management, and outcome // *Medicine*. 1996. V. 75.P. 99–113.
7. Ontanilla G. Liver abscess due to *Klebsiella pneumoniae* and its relation to colon lesions / G. Ontanilla, J. M. Herrera, J. M. Alcnvar [et al.] // *Rev. Esp. Enferm. Dig.* — 2015. — V. 107 (1). — P. 51 - 52.
8. Malik A. A. Pyogenic liver abscess: Changing patterns in approach // A. A. Malik, A. R. Khawaja, K. A. Wani // *World J. Gastrointest. Surg.* — 2010. — V. 27, № 2 (12). — P. 395 - 401.